

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПОЗВОНОЧНИКА

Никольский М.А., Сиротко В.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Проблема неспецифического остеомиелита позвоночника (НОП) является одной из наиболее сложных в структуре ортопедической патологии. По данным зарубежной статистики, НОП встречается как 1:100 000 - 250 000 населения (Calderone R.R., Larsen J.M., 1996; Chelsom J., Solberg CO., 1998) и составляет от 2% до 8% гнойно-воспалительных заболеваний костей (Calderone R.R., Larsen J.M., 1996; Currier B.L., 1998). По тяжести течения, трудностям диагностики и количеству неблагоприятных исходов среди других поражений костно-суставной системы эта форма заболевания относится к наиболее инвалидизирующей. Частота ошибок в первичной диагностике остеомиелита достигает от 30% до 85% (Селиванов В.П., 1974, Ардашев И.П. и соавт., 1986; Салдун Т.П., 1992; Brown R. et al., 2001; Вишневецкий А.А., Тиходеев С.А., 2008). По результатам эпидемиологических исследований, в последние годы значительно изменился состав возбудителей остеомиелита (Сидоренко С.В. с соавт., 1999, Яковлев С.В., 2005; Nichols R.L., Florman S., 2001). Если в 80-е годы в посевах из гнойных очагов преобладали стрептококки, то в настоящее время более 3/4 возбудителей представлены условно-патогенными штаммами стафилококков (*Staph. aureus*, *Staph. Epidermitis*). Тиходеев С.А., 1990, Яковлев С.В., Яковлев В.П., 2002, Carragee E.J., 1997; Blyth M.J.C. et al., 2001). Наряду с этим, наблюдается тенденция к увеличению грамотрицательных микробов (*Enterobacter* spp., *Pseudomonas aeruginosa* и т.д.), вызывающих тяжелые генерализованные формы сепсиса (Patzakis M.J. et al., 1991; Piroth C. et al., 1995; Wheeler A.P., Bernard G.A., 1999).

Цель – анализ результатов комплексного лечения больных с неспецифическим остеомиелитом позвоночника.

Материалы и методы. Нами проведен анализ лечения 41 больного остеомиелитом переднего отдела позвоночника за период с 1976 по 2009 год. Возраст составил от 23 до 65 лет. Мужчин было 25, женщин – 16. Процесс локализовался в шейном отделе у 7 больных, в грудном – у 12, в поясничном – у 22. Диагностика остеомиелита позвоночника основывалась на совокупности клинко-рентгенологических данных. Особое внимание уделяли анамнезу, общему и местному клиническому, в том числе неврологическому исследованию, данным лабораторного исследования, использовали обзорную и прицельную рентгенографию, томографию, компьютерную и ЯМР - томографию, микробиологическую и гистологическую верификацию. Компьютерная и ЯМР - томография позволяют диагностировать и детализировать изменения при остеомиелите в более ранние сроки.

В остром периоде болезни поступило 12 человек. У них отмечалось острое начало с резким повышением температуры тела до 39-41°, адинамией, ознобом, слабостью, потливостью, наличием головных болей, болей в позвоночнике и выраженными изменениями в гемограмме. Клиническая картина у этой группы напоминала менингит, плеврит, пневмонит, острый панкреатит, паранефрит. В локальном статусе практически у всех больных отмечались вынужденная поза,

ограничение подвижности в позвоночнике, а шейном отделе симптом «статуи», кифотическая деформация (29 случаев), напряжение паравerteбральных мышц, локальная болезненность при перкуссии и пальпации остистых отростков, нагрузке по оси позвоночника. Участок наибольшей болезненности проекционно совпадает с центром очага поражения. Неврологические нарушения в этой группе больных выявлены у 21 пациентов. Динамика их варьировала от корешкового синдрома до нижнего парапареза с нарушениями функции тазовых органов.

У 18 больных отмечена подострая форма заболевания. Она характеризовалась повышением температуры до 37,5-38°, общей слабостью на фоне сильных болей в позвоночнике, грудной клетке, поясничной области, животе, рефлекторно-тоническим синдромом и менее выраженными статико-динамическими нарушениями. Клиническая картина у этой группы больных в условиях поликлиники явилась основанием для ошибочного диагностирования пневмонии, острого панкреатита, холецистита, почечной колики.

У 11 больных отмечено постепенное начало заболевания с субфебрильной температурой, слабостью, умеренными болями в позвоночнике без четкой локализации. Неврологических нарушений в этой группе больных не выявлено. На фоне консервативной терапии заболевание у них приобретает хроническое течение, а постепенная локализация болей в спине позволяет заподозрить патологию позвоночника (туберкулезный спондилит, остеомиелит, опухоль).

Рентгенологические проявления в начале заболевания заключались в виде незначительного снижения высоты межпозвонкового диска или едва заметной тени остеопоротического очага в теле позвонка. Последнее нередко просматривалось при первичном обследовании больного. Более четкое снижение высоты межпозвонкового диска и контактная деструкция тел позвонков на фоне заметного остеопороза с участками остеосклероза отмечались с 3-4 недели. Степень деструкции варьировала от минимальных изменений в структуре очага поражения тела позвонка до тотального разрушения тел позвонков с грубой кифотической деформацией до 53°. Проводимые дополнительные исследования с применением КТ или МРТ позволили выявить наличие мелких деструктивных очагов в телах позвонков, инфильтрации мягких тканей, пре- и паравerteбрального абсцесса, его локализацию, распространение.

Принимая во внимание, что остеомиелит позвоночника представляет собой заболевание организма с многочисленными и разнообразными нарушениями общего и местного гомеостаза, лечение данной патологии осуществлялось только комплексное и строго индивидуальное в виде антибактериальной, инфузионной и иммунокорректирующей терапии с обязательной иммобилизацией позвоночника в гипсовой кровати или строгого постельного режима на шите в течение 10-12 недель.

В комплекс консервативного лечения включали двукратное введение стафилококкового анатоксина по 0,5 мл в день через 7-10 суток, антистафилококковой плазмы, гемодеза, протеина, альбумина, витаминов, целенаправленное введение антибиотиков до стойкой нормализации СОЭ. Иначе, в последующем, в том числе перенесении интеркуррентной инфекции, переохлаждении возможно обострение заболевания. Некоторым больным проводили немедикаментозную терапию - ультрафиолетовое облучение (УФО) кожных покровов, УФО крови. При консервативном лечении при выписке всем больным осуществлялась иммобилизация позвоночника гипсовым и, только в

отдельных случаях, съёмным корсетом до 3-4 месяцев в шейном и до 6-12 месяцев в грудном и поясничном отделах.

При локализации очага в телах позвонков мы применяли различные по объёму оперативные вмешательства. Оперировано 11 больных. Оперативное вмешательство проводилось на фоне комплексной медикаментозной терапии. Операции выполнялись из передних оперативных доступов к шейному, груднопоясничному и поясничному отделам позвоночника. В основе оперативного вмешательства лежит полная остеонексеквестрэктомия до хорошо кровоточащей кости с обязательным раскрытием всех карманов, санацией костной полости и раны мягких тканей в виде тщательного «отстирывания» их методами механической и химической антисептики, позволяющими снизить уровень бактериальной обсеменённости костного очага и мягких тканей ниже критического. В некоторых случаях экспозиция антисептиков составляла до 60 и более минут. Замещение дефекта осуществляли аутотрансплантантом из гребня крыла подвздошной кости. Это позволяло восстановить опорную функцию позвоночника с образованием переднего костного блока.

Результаты и обсуждение. Отдалённые результаты от двух лет до 18 лет прослежены у 26 больных. Решидив остеомиелита отмечен только у одной больной, с локализацией патологического процесса в поясничном отделе. Больная оперирована повторно - удалён секвестрированный костный трансплантат. Через 3 недели ей наложен экстензионный торакоабдоминальный гипсовый корсет на 6 месяцев. Продолжена целенаправленная антибактериальная терапия до стойкого снижения СОЭ (6 недель). Достигнуто полное выздоровление и восстановление работоспособности. У двух больных, леченных консервативно, дважды, в связи с повышением СОЭ до 30-35 мм в час, лёгким болевым синдромом в поясничном отделе, проводилось комплексное противорецидивное лечение. Оба больных от предложенного оперативного лечения отказались. Одна больная умерла от онкозаболевания органов таза.

Выводы.

1. Наиболее эффективным методом лечения больных с остеомиелитом позвоночника является радикальное оперативное лечение на фоне целенаправленной антибактериальной, инфузионной терапии, активной и пассивной иммунокоррекции. Радикальная санация очага с длительной экспозицией антисептиков позволяет использовать костную аутопластику для замещения дефекта, добиться полного излечения и предупредить инвалидность.

2. Дифференцированный подход в тактике лечения НОП дает возможность провести высокоэффективную консервативную терапию у больных группы хирургического риска. У тяжелых больных с септическим течением должна применяться комплексная терапия, включающая инфузионно-трансфузионную, детоксикационную, имунотропную и рациональную антибиотикотерапию.

Литература:

1. Вишневский А.А. Неспецифический остеомиелит позвоночника у взрослых (клиника, диагностика и лечение): дис. ...д-ра мед. наук : 14.00.22 / А.А. Вишневский. // Санкт-Петербург, 2008. – 261 с.

2. Колбовский А.Д. Диагностика неспецифических воспалительных заболеваний позвоночника / А.Д. Колбовский, А.К. Морозов, С.Т. Ветрилэ, И.Н. Карпов. // «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова» – Москва. – 2006. – №2. – С. 32-37.

3. Тиходеев С.А. Неспецифический остеомиелит позвоночника. // С.А. Тиходеев. – СПбМАПО, 2004. – 176 с.